229

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Paul PETITJEAN

Né à Besançon (Doubs), le 18 janvier 1890

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PERFORATION TUBERCULEUSE

DE LA VOUTE PALATINE

Président : M. LETULLE, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	N...
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, N.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	BROCA
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Clinique oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	LABBE (H.)	MOCQUOT	ROUVIERE
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ(A.)
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	SICARD
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TANON
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	VILLARET
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	ZIMMERN
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA FEMME
ET DE MON FRÈRE AINÉ

Mort pour la France

A MES PARENTS

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur LETULLE

Médecin de l'Hôpital Boucicaut
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A Monsieur le Professeur GAUCHER

A MM. les Docteurs MOSNY ET LAUNOIS
(in memoriam)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA PERFORATION TUBERCULEUSE

DE LA VOUTE PALATINE

INTRODUCTION

La perforation tuberculeuse de la voûte palatine, après avoir été admise, à la fin du siècle dernier, en tant que lésion nettement différenciée, a été, au cours de ces dernières années, considérée, non comme une complication possible de la tuberculose buccale, mais bien plutôt comme un accident de la syphilis héréditaire.

Nous nous proposons dans ce travail de montrer que, malgré les arguments fournis à l'appui de cette dernière thèse, la perforation tuberculeuse de la voûte peut exister seule, sans intervention ni adjonction de syphilis, et que, bien que rare, cette lésion n'en existe pas moins réellement.

C'est sur les conseils de M. le Dr Druelle, de Paris,

que nous avons entrepris ce travail. Nous tenons à l'en remercier et à lui exprimer toute notre gratitude pour la sollicitude et le bienveillant intérêt qu'il nous a toujours témoignés.

Nous adressons aussi tous nos remerciements à M. le professeur Letulle pour l'honneur qu'il nous a fait en voulant bien accepter la présidence de notre thèse.

HISTORIQUE

Les premiers auteurs qui ont attiré l'attention sur les manifestations tuberculeuses de la bouche et de la gorge au cours de la tuberculose sont, par ordre chronologique, Morgagni en 1761, Baumis en 1768 et Bayle en 1810.

Trente ans après, en 1843, Louis revient sur ce sujet ; après examen de cent-vingt malades il déclare que ces ulcérations constituent un phénomène excessivement rare, ne les ayant rencontrées que quatre fois.

Quelques années plus tard, Ricord différencie nettement la syphilis buccale de la tuberculose buccale, et c'est sous sa direction et dans cet ordre d'idées que Buzenet, en 1858, fait sa thèse : *Du chancre de la bouche, son diagnostic différentiel.*

Julliard, en 1865, confirme les données de Ricord et décrit nettement les caractères du tubercule buccopharyngé.

En 1870, Trélat fait faire un grand pas à la question. Il démontre que la tuberculose peut être primitive, qu'elle peut rester à l'état local et évoluer indépendamment de toute lésion viscérale. C'est à

lui que revient l'honneur d'avoir décrit le signe qui porte son nom, signe pathognomonique caractérisé par la présence de points jaunâtres disséminés à la périphérie de l'ulcération.

En 1876, Laveran signale et communique à la Société médicale des Hôpitaux un cas de tuberculose de la voûte palatine.

Se basant sur la rareté des cas, Spillmann, en 1878, dans sa thèse d'agrégation prétend que la voûte reste indemne dans les lésions tuberculeuses du palais. Pourtant, la même année, Quénu cite un exemple de pareille lésion ; Gélade également. A l'étranger, Kussner en démontre la fréquence relative.

Féréol, en 1885, présente à la Société médicale des Hôpitaux de Paris un cas de gomme scrofuleuse de la voûte palatine.

En 1886, Hermantier, dans sa thèse sur la tuberculose de la voûte palatine, cite 8 cas de tuberculose de la voûte, signalant la perforation comme complication de cette lésion nettement différenciée.

Dans la *Gazette hebdomodaire de Médecine et de Chirurgie* du 28 octobre 1887, Reclus cite 2 cas de tuberculose buccale. Selon lui, cette lésion est plus fréquente qu'on ne le suppose, mais ne comporte pas le si sombre pronostic que certains auteurs tels que Duplay et Kirmisson lui ont attribué.

La littérature étrangère fournit quelques cas de cette affection : Clutton, en Angleterre ; Obraszoff,

en Russie ; Réthi et Valther en Allemagne en citent des exemples.

En 1899, Dieulafoy, dans une de ses magistrales cliniques de l'Hôtel-Dieu jette un aperçu d'ensemble sur la question des perforations palatines. Il fait le diagnostic différentiel des perforations syphilitiques d'avec les perforations tuberculeuses ; c'est lui qui inspire en 1900 la thèse de Grocler sur la perforation tuberculeuse du palais.

Depuis, on ne rencontre comme exemple nouveau que le cas présenté en 1905 par MM. Nicolas et Mouriquand à la Société médicale des hôpitaux de Lyon : perforation de la voûte palatine chez une enfant à manifestations scrofuleuses multiples.

Les autres cas cités par les auteurs, ou bien ne comportent pas l'extension à la voûte, ou bien ne s'accompagnent pas de perforation. Du reste, l'origine tuberculeuse des lésions décrites est discutée.

Beaucoup d'auteurs, et non des moindres, n'en admettent pas la réalité. Gaucher déclare que l'hérédo-syphilis peut revêtir complètement le masque de la scrofule et, qu'ainsi, on peut conclure à la nature presque exclusivement syphilitique de toute perforation palatine.

Pour Kaposi et Hébra, la scrofule ne produit jamais ou, du moins, que très rarement la perforation.

Du fait de la guerre, l'attention se trouve concentrée toute entière sur les perforations traumatiques et la question est laissée à l'écart.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Publiée par M. Quénu, interne des Hôpitaux dans : *France Médicale*, du 25 octobre 1878, p. 675).

Ulcération tuberculeuse de la muqueuse palatine. — Perforation de la voûte palatine.

L... A., âgé de dix-huit ans, naturaliste, entre le 6 mars 1878 dans le service de M. Desnos, salle sainte Marthe n° 45, avec tous les symptômes d'une tuberculose avancée. Il est malade depuis treize mois ; il a eu alors une laryngite qui a duré une dizaine de jours : depuis il tousse continuellement, il a maigri et perdu ses forces ; pas d'hémoptysie. Il est sujet à la diarrhée.

Son père est mort à quarante ans et sa mère à quarante-deux ans, tous deux d'une bronchite.

L..., est pâle, amaigri, il a les pommettes rouges. Sa température oscille entre 39°6 et 40 degrés. L'exploration des poumons nous révèle la présence d'excavations des deux côtés. Le malade a eu des gourmes étant jeune ; il n'a présenté ni ophtalmie, ni otorrhée.

Diagnostic. — Tuberculose héréditaire.

Le 12 mars, le malade est enroué.

Le 3 avril, il est aphone et se plaint de picotements dans le larynx et de douleurs au niveau de la grande corne de l'os hyoïde quand il avale.

Le 12 avril, L...,accuse une sensation de cuisson au palais et se plaint que les aliments liquides lui reviennent par le nez. C'est alors que nous constatons l'existence d'une ulcération de la voûte palatine. Cette ulcération a succédé, paraît-il, à une petite « cloque » survenue il y a huit ou neuf jours et ne date elle-même que d'une semaine.

Les liquides reviennent par le nez depuis cinq ou six jours seulement. Jamais jusque-là ce jeune malade n'avait eu dans la bouche autre chose que quelques petites ulcérations aphteuses.

Aucun antécédent syphilitique.

Caractères de l'ulcération le 13 avril :

Sur la ligne médiane, à 4 ou 5 millimètres des incisives, commence une ulcération allongée dans le sens antéro-postérieur et dont la limite en arrière correspond à une ligne qui unirait les deux dernières molaires. Cette ulcération est limitée par des bords nets, comme taillés à l'emporte-pièce, dessinant une ligne très sinueuse et semblant indiquer par là que l'ulcération a été agrandie par la réunion de plus petites ulcérations arrondies. La surface est recouverte d'un détritus gris-jaunâtre, la profondeur est très variable suivant les points ; elle diminue à mesure qu'on s'écarte du raphé médian et atteint son maximum en avant, là où se trouve la perforation. Celle-ci est longue de 6 millimètres et large de 4.

A la partie postérieure de la voûte palatine, la muqueuse paraît tuméfiée et recouverte de cinq ou six granulations d'un blanc-grisâtre du volume d'un grain de millet.

Plus en avant, on aperçoit à 1 centimètre de l'arcade dentaire et confinant au bord gauche de l'ulcération, une plaque recouverte d'une matière caséeuse.

Le malade succombe le 16 avril.

Autopsie. — Les poumons sont infiltrés de masses tuberculeuses et les deux lobes supérieurs sont creusés d'immenses cavernes. Le foie est graisseux, très augmenté de volume.

La muqueuse laryngée est rugueuse, épaissie, non ulcérée. Les muqueuses vésicale et uréthrale sont saines. La muqueuse gastrique ne présente ni ulcération ni infiltration de granulations tuberculeuses.

La muqueuse intestinale est, au contraire, ulcérée en plusieurs places, principalement à la partie inférieure de l'iléon; et l'existence de tubercules que l'on aperçoit nettement dans la couche péritonéale, ajoutée aux autres caractères microscopiques de l'ulcération, nous en indique suffisamment la nature.

La muqueuse linguale et la muqueuse qui tapisse les joues et les lèvres sont saines.

Ayant enlevé la voûte palatine et le voile du palais et détergé le fond de l'ulcération, nous constatons que la destruction de la fibro-muqueuse est complète sur la ligne médiane et que l'os forme, là, le fond de l'ulcère. Les bords de l'ulcération sont décollés par places.

Il est aisé de voir que la destruction de la voûte palatine a été produite par la destruction du tissu fibro-muqueux qui obture le conduit palatin antérieur, et cette perforation, de même que le canal osseux, simple du côté de la bouche, se bifurque en deux conduits qui viennent s'ouvrir de chaque côté de la cloison dans les fosses nasales : le processus ulcé-

reux a détruit tout le contenu, nerfs et vaisseaux, et mis l'os à nu. Les perforations du côté de la pituitaire sont arrondies et mesurent l'une, 4 millimètres et l'autre 6 millimètres de diamètre.

Examen microscopique. — Voûte palatine :

Le chorion de la muqueuse présente les traces d'une inflammation intense ; tout le long des fibres élastiques apparaissent des traînées de cellules embryonnaires qui, en deux points, constituent en se réunissant, deux petites nodosités de forme arrondie : au milieu de l'une d'elle on aperçoit une masse allongée, plus colorée, granuleuse ; les éléments formant le reste de la nodosité sont tassés les uns contre les autres, granuleux, peu distincts, excepté à la périphérie où des fibrilles de tissu conjonctif s'interposent entre les cellules. Autour de ces nodosités, l'infiltration cellulaire est beaucoup plus marquée ; on trouve à peine quelques vaisseaux ; les éléments cellulaires diminuent à mesure qu'on se rapproche de la couche glandulaire ; les glandes paraissent saines.

Tout près de l'ulcération, l'infiltration de la muqueuse est telle que l'on reconnaît à peine un stroma : on ne distingue plus qu'une masse d'éléments embryonnaires sans aucune trace de vaisseaux. Nous retrouvons les mêmes altérations sur les coupes du voile du palais : le processus a même été plus profondément, il a même envahi quelques groupes de glandes sans atteindre toutefois la couche musculaire.

L'examen de la pituitaire près de la perforation, ne nous a pas montré de noyaux tuberculeux distincts, mais toute l'épaisseur de la muqueuse est infiltrée de cellules dont les unes, mal colorées par le picro-carminate d'ammoniaque,

forment des amas jaunâtres. Au-dessous du derme, on reconnaît quelques acini perdus au milieu des éléments inflammatoires ; quelques-uns ont conservé leur épithélium cylindrique bien distinct. De même que dans les muqueuses précédemment étudiées, nous notons la rareté des vaisseaux.

OBSERVATION II

Féréol, (*Bull. et mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1885, p. 210-213.)

Sur un cas de gomme scrofuleuse de la voûte palatine

Femme de vingt-six ans avec enfant de vingt-quatre mois qu'elle allaite. Cette femme présente sur la voûte palatine, un peu à gauche de la ligne médiane, une perforation arrondie, un peu irrégulière, comme taillée à l'emporte-pièce, et qui fait communiquer largement la cavité buccale avec les fosses nasales. On remarque autour de l'ulcération et au-dessous d'elle, une rougeur violacée assez vive autour de la luette.

Aucune trace récente ou ancienne de syphilis. Pas d'adénite cervicale ou inguinale. Mariée depuis plusieurs années, n'a jamais fait de fausses couches et a trois enfants déjà, tous vigoureux et bien portants et qu'elle a nourris, tous les trois. D'un autre côté, elle a au moins dans ses antécédents héréditaires, un point douteux du côté paternel comme tuberculose.

Le début de la douleur au point ulcéré remonte à douze jours ; auparavant, légère douleur amygdalienne, mais qui ne constitue qu'une manifestation passagère. La malade dit

qu'elle a vu deux petits points faire saillie l'un à coté de l'autre, puis s'ouvrir en laissant entre eux une sorte de pont.

Les deux ouvertures s'aggrandirent, puis se réunirent en une seule où l'on constate encore aujourd'hui le vestige de deux arcs de cercle qui se confondent.

OBSERVATION III (Traduite de l'Allemand)

(Publiée par le Dr Rethi dans le *Wiener Medizinische Presse*. Thèse de Grocler, observation II).

Un cas de tuberculose de la bouche avec perforation dans les fosses nasales et le sinus maxillaire

Homme de cinquante et un ans. Père mort d'une attaque d'apoplexie. Mère, frère et sœurs bien portants. N'a pas eu la syphilis.

Depuis huit ans il tousse et expectore parfois des mucosités striées de sang. En 1887, il commença à se plaindre de maux de gorge, maux exagérés surtout par la déglutition. Au bout de quelques mois, la dysphagie disparut pour reparaître en octobre 1888. Elle fut alors accompagnée d'enrouement et de toux.

Au premier examen, on trouva ce qui suit :

Malade mal nourri et amaigri, anémique. Au sommet du poumon gauche, on trouve les signes d'une tuberculose commençante. Au larynx, gonflement notable de l'éminence aryténoïdienne gauche, coloration gris-rosâtre et infiltration tuberculeuse de la muqueuse aryténoïdienne, épaississement notable de la corde vocale supérieure gauche et gonflement

et décoloration de la corde antérieure qui se trouvait presque sur la ligne médiane. La muqueuse du cartilage arythénoïde droit est faiblement injectée.

Les maux de gorge deviennent plus intenses. Le malade maigrit ; on remarque des signes de tuberculose au sommet du poumon droit.

En mai 1900, le malade échappe à l'observation, mais revient à l'automne de 1900. Il raconte qu'il s'est fait arracher une dent et quelques racines, mais les alvéoles dentaires ne s'étaient pas refermées. Il en résulta un abcès qui se termina par une abondante sécrétion. Le malade sacrifia encore quelques dents et élémina de petits fragments d'os.

Les lésions pulmonaires avaient fait du progrès : à gauche, matité jusqu'à l'épine de l'omoplate, inspiration diminuée, expiration rude, râles sous-crépitants.

A l'examen de la bouche, on remarque près du rebord alvéolaire de la mâchoire supérieure gauche, une perte de substance qui s'étend de la deuxième incisive à la première molaire. Le maximum de profondeur est à peu près dans la région où se trouvait autrefois la canine ; c'est à ce niveau que le malade avait éliminé des séquestres.

L'ulcération a un caractère atone, le fond pâle, mamelonné, couvert d'un pus gris-jaunâtre peu épais, caséeux par endroits. Les bords en sont mous, déchiquetés, et couverts de petites granulations blanc-grisâtre, en partie isolées, en partie groupées, On en prit une parcelle et on trouva un tissu infiltré de cellules rondes, des amas de cellules épithélioïdes et un petit nombre de cellules géantes de Langhans. Par endroits, les cellules avaient subi la dégénérescence

graisseuse avec disparition des noyaux. On trouva peu de bacilles tuberculeux.

Il s'agissait donc d'un cas de tuberculose de la cavité buccale. En faveur de cette affection plaide la tuberculose pulmaire et laryngée ainsi que l'examen microscopique.

Jamais le malade n'avait eu la syphilis et le traitement explorateur par l'IK fut sans succès. On ne peut pas penser non plus à une combinaison hybride de tuberculose et de syphilis. Le lupus dut être éliminé parce que sur le tégument externe on n'en trouva pas de trace.

Des curettages répétés et l'application d'acide lactique concentré n'eurent pas de succès durable, à peine une amélioration passagère. Au bout de quelque temps, de nouveaux tubercules apparurent sur les bords de l'ulcération qu'ils aggrandirent en se caséifiant.

Plus tard, quelques séquestres se détachèrent encore.

Au commencement de 1891, le malade qui avait échappé quelque temps à l'observation, revient avec une communication entre les fosses nasales et le sinus maxillaire. Au maxillaire supérieur toutes les dents manquent sauf la première incisive et la deuxième molaire. La perte de substance traverse l'apophyse dans toute sa largeur. Il manque aussi un morceau de la voûte palatine. On peut voir la face inférieure du cornet inférieur gauche, la paroi externe du méat inférieur et par une sonde on peut pénétrer dans le sinus maxillaire.

L'ulcération devient de plus en plus grande. Bientôt l'apophyse alvéolaire fut complètement perdue, de sorte que la perte de substance arriva en avant jusqu'à la ligne médiane.

Pendant le cours de l'année 1892, alternatives d'améliorations et de rechutes.

Aujourd'hui, fin février 1893, l'aspect du malade est mauvais; il y a de l'amaigrissement notable et des sueurs nocturnes. La toux, assez violente, empêche le malade de dormir la nuit. Expectoration modérée, peu d'enrouement. Aux deux sommets, son caverneux et respiration bronchique; on entend des râles humides à gauche jusqu'à l'angle de l'omoplate; les lésions du larynx ont progressé : le côté gauche est immobile, le cartilage arythénoïde a augmenté de volume, sa face interne est ulcérée. La cavité qui fait communiquer la bouche avec le nez et le sinus maxillaire s'étend de la deuxième molaire jusqu'à la ligne médiane; à gauche, il ne reste que peu de chose de la voûte palatine osseuse. La lésion traverse la ligne médiane au niveau de l'apophyse alvéolaire et arrive à droite jusqu'à la deuxième incisive. La perte de substance atteint aussi la cloison dont le fond osseux est dénudé, et, sur le bord antérieur de l'ulcération du palais, on peut toucher avec une sonde la cloison du nez qui est cariée. Les bords de l'ulcération sont fortement injectés, épaissis, bosselés et couverts de points gris-jaunâtres du volume d'un grain de millet. La muqueuse du sinus maxillaire est ulcérée et couverte de granulations grises et de pus; elle est en partie explorable. Le cornet inférieur est à moitié découvert et touche à son extrémité antérieure la cloison, tandis que du plancher des fosses nasales s'élève une tumeur gris-rougeâtre du volume de deux haricots. A côté de cette tumeur, on peut, au moyen d'une sonde recourbée arriver dans la bouche.

Dans ce cas, on n'a pu savoir avec certitude si le point de

départ de la tuberculose avait été la plaie résultant d'une avulsion dentaire et infectée par la sécrétion pulmonaire ou laryngée, ou si la tuberculose s'est développée d'abord dans la bouche et en ébranlant les dents nécessita leur extraction.

OBSERVATION IV

(Publiée par M. du Castel, médecin des Hôpitaux, dans le *Balletin de la Soc. de Dermatologie*, 1894, p. 313.)

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — En 1874, soigné au Midi pour un chancre simple, la syphilis peut être écartée en toute certitude.

En 1892, il ressentit pendant un mois de violentes douleurs dans l'œil gauche ; celles-ci disparurent peu à peu, mais laissèrent derrière elles une gêne pénible de la déglutition. Le malade ne consulta aucun médecin à ce moment et ne donne que des renseignements très incomplets sur toute cette période du début de sa maladie. Il prétend qu'il n'existait alors, malgré les douleurs et la gêne, aucune altération visible de la gorge. Cependant, au bout de quelques semaines, il aperçut une perforation de la voûte palatine siégeant sur la ligne médiane, au niveau de l'insertion du palais sur la voûte osseuse. Peu de temps après, il remarqua sur le bord gauche de la langue, tout près de la pointe, une petite tumeur dure, non ulcérée, dont l'apparition suivit de très près, d'après lui, une brûlure qu'il s'était faite à ce niveau en fumant avec une pipe trop courte. Rapidement la langue se

tuméfia au point de remplir complètement la cavité buccale et de rendre impossible la mastication et l'articulation des mots. Il alla consulter alors à la Pitié ; on lui dit qu'il était syphilitique et on le soumit au traitement mixte : le mal ne fit qu'empirer. Il vint alors consulter à Saint-Louis où, dit-il, le médecin qui le vit ne se prononça pas sur son cas et l'adressa à M. Berger, de Lariboisière. Celui-ci excisa la tumeur, en fit l'examen et conseilla ensuite l'amputation totale de la langue.

La malade refusa de se laisser opérer et se rendit ensuite à la Charité dans le service de M. Luys où l'on fit le diagnostic de tuberculose linguale. On lui fit prendre de la créosote, de la glycérine et on lui fit des badigeonnages à l'acide lactique. Au bout de quelque temps, l'amélioration était considérable.

A sa rentrée dans le service, la langue était dure, scléreuse, parcourue d'arrière en avant par un sillon profond qui la divisait en deux parties à peu près égales et se terminait à 3 centimètres environ de la pointe. En avant de ce sillon existait une ulcération peu profonde, à contours sinueux, dont le fond irrégulier était semé de petits points jaunes et qui saignait facilement. Au voisinage de cette ulcération existaient deux ou trois petits nodules jaunâtres saillants de la grosseur d'une tête d'épingle. L'ensemble de ces lésions évoquait l'idée d'un cas de tuberculose linguale.

Ce diagnostic se trouva confirmé par l'examen de la voûte palatine et de la gorge : tout le voile du palais et toute la voûte étaient tuméfiés, d'un rouge vineux, à surface irrégulière, mamelonnée, avec une perforation centrale. Sur la face interne de l'arcade dentaire supérieure droite, il exis-

tait deux ulcérations de couleur gris-jaunâtre, contiguës, de la grosseur d'une pièce de vingt centimes, avec semis de granulations jaunes à la périphérie. Les ganglions sous-maxillaires sont engorgés surtout à gauche, mais peu volumineux.

L'examen de la poitrine ne révèle aucune trace de tuberculose pulmonaire. Le malade ne tousse ni ne crache jamais. L'état général est très satisfaisant. Le malade ne se plaint que de quelques troubles fonctionnels consistant en une gêne douloureuse de la mastication et de l'articulation des mots.

Le traitement institué fut le suivant :

Capsules de créosote de dix centigrammes, six par jour, huile de foie de morue, badigeonnages à la cocaïne avant chaque repas.

Depuis trois semaines qu'il est soumis à ce traitement il s'est produit une amélioration assez notable ; la langue est peu modifiée, mais les ulcérations de l'arcade dentaire sont beaucoup moins étendues.

OBSERVATION V (Traduite de l'allemand)

(Publiée par le docteur Valter, de Charlottenbourg, dans le *Thérapeutische Monatschefte*, p. 62-65.)

Suites rares d'un abcès tuberculeux du palais

F. S..., âgé de cinquante-huit ans, mouleur dans une fabrique de porcelaine, est né de parents sains. Son père est mort à soixante-neuf ans d'une pneumonie et sa mère est morte en couches à trente-six ans. Quant à lui, il est marié

et a un fils vivant âgé de treize ans ; un autre est mort du croup à deux ans. Sa femme n'a jamais eu de fausse couche. Il a un frère qui se porte bien. Pas de syphilis. En somme il n'a jamais été sérieusement malade : il y a trois ans, il a encore été admis à s'assurer sur la vie.

Le 15 juillet 1892, il vient dans mon cabinet se plaignant d'inappétence, de toux, de quelques crachements et de douleurs dans la poitrine : il attribuait la cause de ces troubles à une bronchite qui durait depuis quelques semaines.

En janvier 1893 ces symptômes s'étaient accrus. Il avait en outre du coryza, une lassitude générale, des douleurs dans les membres et de la fièvre. Le malade était alité depuis huit jours. Je trouvai une diminution de la respiration au sommet droit et un souffle indéterminé à cette limite. Je diagnostiquai : « Influenza avec tuberculose commençante du côté droit. » Au commencement de février le malade se sentit tellement amélioré qu'il put reprendre son travail ; il continua jusqu'au 23 mai, jour où il revint vers moi en se plaignant d'enrouement. A l'examen laryngoscopique, je remarquai une rougeur de la corde vocale gauche. On fit jusqu'au 20 juin des attouchements avec une solution à 1 o/o de chlorure de zinc et la rougeur disparut à peu près complètement. Quand le malade revint me consulter le 8 août après un mois de repos dans son pays, il m'affirma que le séjour lui avait fait beaucoup de bien. Les lésions du poumon étaient restées les mêmes, l'expectoration était assez abondante. Le malade avait été soigné, comme je le rapporte plus loin, par le professeur Krausescher à la polyclinique.

Le docteur Friendlander, son assistant, fut assez aimable

pour me faire les communications suivantes au sujet des changements observés sur notre malade le 29 septembre : muqueuse anémiée, ulcération du bord postérieur du larynx et de la corde vocale gauche. Poumons : à droite : condensation, à gauche : caverne. Diagnostic : tuberculose pulmonaire et laryngée.

Après des attouchements à l'acide lactique qui furent faits à la gorge, l'ulcération se cicatrisa à la partie postérieure du larynx pendant que celle de la corde vocale gauche diminuait considérablement.

Lorsque le 9 octobre je fus appelé près du malade, je constatait encore de l'enrouement ; en attendant il pouvait, en se forçant, parler à haute voix. Il se plaignait alors d'un point de côté à gauche, plus douloureux à chaque quinte de toux. Pas de matité. C'était donc une pleurésie sèche. Le bruit de frottement disparut au bout de quelque temps, puis revint ; cela explique que le malade ait eu jusqu'à sa mort, au côté gauche, des douleurs plus ou moins violentes avec de faibles interruptions.

Le 31 octobre, le malade reprit son travail mais il dut le quitter le 5 décembre à cause de sa faiblesse croissante. Pendant ce temps les sueurs nocturnes étaient apparues. L'expectoration était abondante, nummulaire, d'odeur fade. Le sommet du poumon gauche était aussi infiltré ; la corde vocale était tuméfiée au point de faire une véritable saillie. A la pression sur le côté gauche de la gorge, au niveau de la corde vocale, le malade ressentait de violentes douleurs. A ce moment, alors que jusque-là il avait pu faire des efforts pour parler à voix haute, il eut subitement de l'aphonie à la suite de la mort de son père qui lui fut annoncée par son frère.

Du 1er février au 3 mars, le malade peut reprendre son travail, mais il dut bientôt le cesser parce que toutes les fois qu'il se tenait debout, il apparaissait de l'œdème dans les membres inférieurs. L'urine n'avait pas d'albumine. Le malade déclara que, lorsqu'il avalait des liquides, quelques gouttes refluaient dans le nez et il se plaignait de douleurs à la déglutition. J'expliquai ce dernier symptôme par une paralysie du voile du palais, chose qui a été souvent observée dans la tuberculose. Le soir, le malade présentait une élévation de température et la nuit, il avait parfois une oppression si forte, qu'elle le forçait à s'asseoir sur son lit.

Le 27 septembre, je fus appelé de nouveau auprès du malade : il paraissait très amaigri et avait une violente dyspnée. Il se plaignait aussi du reflux des liquides par le nez et de douleurs dans le côté gauche de la bouche. Cela me donna l'occasion de faire l'examen de la cavité buccale, examen qui me donna un résultat tout à fait imprévu.

Entre la première grosse molaire gauche et la dernière petite molaire du même côté dont les racines étaient visibles on trouvait, à l'épiphyse alvéolaire de la voûte palatine, une large perforation à travers laquelle on voyait facilement la cavité d'Highmore recouverte par une muqueuse anémiée. Une sonde pénétra de 5 centimètres mais ne put arriver dans la cavité nasale. Autour de la perforation, en dedans des racines des molaires indiquées plus haut, il existait une ulcération qui montrait à sa surface une auréole rouge tranchant nettement avec la muqueuse anémiée. Il n'y avait pas de différence de niveau entre le tissu sain et le tissu malade. L'ulcération était recouverte d'une sécrétion purulente épaisse assez adhérente au fond. Surtout à la périphérie

de l'ulcération, on trouvait un certain nombre de points gris-jaunâtres, de la grosseur d'un grain de millet et que l'on reconnaissait facilement pour des tubercules miliaires. Au toucher, l'ulcère était très douloureux.

Plus loin, on voyait à la place des deux incisives gauches une alvéole dont la gencive était ulcérée sur la face antérieure pendant que sur son bord postérieur on constatait une masse caséeuse jaunâtre. Au toucher, les deux ulcérations se montrèrent très douloureuses.

Ni les ganglions lymphatiques de l'angle de la mâchoire ni ceux de la région cervicale n'étaient engorgés.

Interrogé sur l'origine de ces lésions, le malade me raconte qu'à Pâques, il s'était fait extraire les deux molaires gauches supérieures et inférieures : les petites molaires supérieures et inférieures manquaient déjà depuis longtemps. Pendant que le vide produit par l'extraction des molaires inférieures se cicatrisait, celui d'en haut ne se refermait pas. A cet endroit, il avait toujours eu la sensation de la blessure et il s'aperçut que la gencive diminuait tous les jours. Il y a quelques semaines, il enleva même avec les ongles les deux incisives gauches supérieures.

A un interrogatoire plus rigoureux, le malade déclara que : lorsqu'il se gargarisait et tenait la tête renversée, les liquides pénétraient dans la cavité d'Highmore et lui donnaient la sensation d'un corps étranger. Pour l'évacuer complètement, il retenait son souffle et le liquide coulait goutte à goutte par le nez. Cette description correspond aux lésions que l'on trouva, car avec une sonde courbe on ne pouvait parvenir de l'antre d'Highmore dans la fosse nasale gauche

dont les parois ne montraient nulle part de perte de substance.

Le liquide cheminait ostensiblement par le canal physiologique situé entre le sinus maxillaire et les fosses nasales.

A partir du 2 septembre, l'état du malade s'aggrava de plus en plus ; l'œdème des jambes augmenta et s'étendit à une partie des cuisses ; il survint une dyspnée considérable, de la prostration, de la diarrhée.

Le malade mourut le 9 octobre.

OBSERVATION VI

(Recueillie par Bernheim à l'hôpital Laënnec en septembre 1897.)

X..., âgé de vingt-quatre ans, atteint de tuberculose pulmonaire, entre dans le service de M. Hirtz supplée par M. Caussade. Il se plaint de cuisson à la voûte palatine et de douleurs vives au contact des aliments.

A l'examen de la cavité buccale, on constate d'abord une pâleur générale du palais, cette pâleur si fréquente en cas de tuberculose bucco-pharyngée.

Sur la voûte palatine, à gauche de la ligne médiane et comme greffé sur la cicatrice d'un ancien lupus palatin, existe une ulcération irrégulière de la dimension d'une pièce de deux francs. Cette ulcération à fond sanieux, à bords décollés, est entourée d'une collerette rougeâtre où la muqueuse est ulcérée et sanguinolente. Sur ses bords sont échelonnées quelques granulations jaunâtres. Les bords de l'ulcération

sont extrêmement sensibles et le moindre attouchement y provoque une vive douleur.

En explorant au stylet le fond de cette ulcération, on pénètre facilement dans les fosses nasales, ce qui dénote l'existence d'une petite perforation.

A l'examen du liquide purulent qui baigne l'ulcération, on trouve des bacilles tuberculeux ; on en constate généralement dans les grains jaunes.

Le voile du palais est anesthésié, le réflexe palatin est supprimé pendant la déglutition.

Le malade, traité par des attouchements et des pulvérisations de liqueur de Ziehl, sort de l'hôpital au bout d'un certain temps avec une amélioration sensible de sa lésion palatine.

OBSERVATION VII

Perforation de la voûte palatine chez une enfant à manifestations scrofuleuses multiples, par Nicolas et Mouriquand (*Paris medical*, 1905).

Henriette T..., âgée de neuf ans. Elle n'offre rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. Elle a eu quatre frères ou sœurs morts en bas-âge. Il ne lui reste qu'un frère sourd-muet et aveugle, actuellement à l'institution des sourds-muets et aveugles à Villeurbanne. Elle-même, quoique toujours frêle, n'a pas eu de maladie grave jusque vers cinq ou six ans. A cet âge, elle présenta une tumeur blanche du genou droit qui fut traitée à la Charité par des pointes de feu et l'immobilisation plâtrée.

En même temps évoluaient des lésions oculaires pour lesquelles une iridectomie fut faite à droite. La vue était presque nulle à gauche, très diminuée du côté droit. L'acuité auditive était également affaiblie.

Elle aurait eu de plus deux abcès superficiels vers l'aisselle gauche : l'un, au niveau du bord inférieur du grand pectoral, l'autre, en arrière, sur le bord externe de l'omoplate. Deux cicatrices restent de ces suppurations ; aucune n'a d'adhérences profondes.

Depuis plusieurs années existe une adénopathie cervicale bilatérale n'ayant jamais abouti à la suppuration.

Alors à l'Institution de Villeurbaune, le Dr Dolard est amené à l'examiner pour du nasonnement et du reflux des liquides par le nez. Il l'envoie à l'Antiquaille après avoir constaté une ulcération palatine à propos de laquelle s'est précisément posé un diagnostic intéressant.

Cette ulcère datait de six mois environ et déjà pendant les grandes vacances dernières on avait remarqué la difficulté de la déglution des liquides et parfois leur rejet par le nez.

A l'examen de la bouche on constate les signes suivants : au niveau du raphé médian palatin et le dépassant latéralement de 1 centimètre à droite et à gauche, existe une tuméfaction allongée d'avant en arrière et qui s'étend de 2 centimètres en arrière des incisives au bord de la voûte palatine osseuse.

Cette tuméfaction est rouge, irrégulière, mamelonnée, molle, indolente. Sur cette zone sont creusées trois ulcérations. La plus profonde et la plus longue est sinueuse ; elle a 1 cm. 1/2 environ. Elle atteint en arrière le bord postérieur dé la voûte osseuse. Un léger enduit blanchâtre la recouvre.

Après l'avoir détergé, on voit au fond de cette ulcération une perforation de la voûte palatine du volume d'une piqûre d'épingle ; elle admet juste le passage d'un fin stylet.

L'exploration au stylet montre au fond de chacune des deux autres ulcérations une perforation plus petite encore que la précédente. De plus, à la base de la luette, de chaque côté, à l'origine du pilier antérieur correspondant, existe un petit nodule rougeâtre, surélevé de la grosseur d'un gros grain de riz.

L'examen du nez fait par M. Lannois a montré des masses fongueuses dans le cavum naso-pharyngien. On constate une perte de substance par nécrose de la partie postérieure et inférieure de la cloison.

L'examen des poumons est négatif.

OBSERVATION VIII (Inédite).

(Communiquée par M. le Dr Druelle, de Paris).

Tuberculose ulcéreuse et perforante du voile du palais et de la voûte palatine.

M. X..., âgé de quarante ans, se présente pour la première fois à la consultation de M. le Dr Druelle, le 30 mars 1916 ; il se plaint d'une ulcération du voile du palais dont le début remonte à quatre mois et de troubles respiratoires.

Dans les antécédents tant héréditaires que collatéraux, on ne trouve rien de particulier à signaler.

Comme antécédents personnels, on note une pleurésie droite à l'âge de dix-neuf ans. Le malade dit être sujet aux bronchites ; il aurait même eu des hémoptysies. Aucun anté-

cédent avoué de syphilis; on ne trouve d'ailleurs aucun signe de syphilis acquise, pas plus d'ailleurs que de stigmates de syphilis héréditaire. Pas de leucoplasie.

Marié, deux enfants vivants et bien portants. Sa femme n'a jamais fait de fausse couche.

Le malade présente un état d'amaigrissement très accentué : le thorax est aplati, les régions sous-claviculaires et les fosses sus-épineuses sont très fortement déprimées. On note, à l'auscultation, de l'exagération des vibrations vocales, du retentissement de la voix et de la toux, des râles caverneux du sommet droit. La percussion donne de la matité. Comme signes fonctionnels : de la dypsnée, de la toux, une expectoration muco-purulente abondante, des sueurs nocturnes.

Du côté de l'appareil circulatoire, quelques palpitations et un léger œdème malléolaire.

Tube digestif : anorexie, douleur à la mastication et à la déglutition des aliments, salivation exagérée, digestions lentes et pénibles, diarrhée légère.

Les réflexes sont normaux ; les pupilles réagissent normalement à la lumière et à l'accommodation.

Pas d'albumine dans les urines.

A l'examen de la cavité buccale, on note des ulcérations profondes du voile du palais. Ces ulcérations nettement arrondies sont entourées d'une muqueuse rouge et boursouflée sur laquelle tranchent nettement des petits nodules jaunâtres. Il n'y a pas d'aspect bourbillonneux du fond, pas d'empâtement induré de la périphérie, ni de ganglions régionaux.

Le diagnostic posé est celui de tuberculose ulcéreuse probable du voile du palais.

Pour le confirmer, on fait faire, d'une part, une réaction de Wassermann et, d'autre part, un examen bactériologique des crachats et d'un frottis fait avec le raclage de l'ulcération. Le Wassermann est négatif, mais par contre, on trouve de nombreux bacilles de Koch tant dans l'expectoration que dans le frottis.

Le malade revient le 12 avril 1916. Devant le résultat des examens de laboratoire, on institue un traitement énergique de la lésion palatine par attouchements avec une solution concentrée d'acide lactique alternés avec des applications de bleu de méthylène, et de l'état général : phosphate de chaux, créosote, arséniate de soude, etc.

Le malade est revu le 6 mai 1916. La cachexie augmente ; des sueurs nocturnes abondantes, de la diarrhée contribuent à épuiser le malade qui s'alimente avec difficulté par suite de l'aggravation de troubles dysphagiques ; la dénutrition est profonde.

Les ulcérations se sont aggrandies et fusionnées ; elles s'étendent sur la région de la voûte ; on note l'apparition de nouveaux points jaunâtres. En certains points, les ulcérations creuses sont déchiquetées et profondes, à bords irréguliers et décollés.

Le malade est revu le 17 mai 1916. L'état général est très mauvais ; l'anorexie est presque totale, la diarrhée augmente, l'asthénie devient de plus en plus marquée. L'œdème, localisé primitivement aux malléoles, remonte jusqu'au genou. La dyspnée est considérable, la toux presque incessante. On note des signes de fonte tuberculeuse rapide des poumons : tympanisme bilatéral, bruit de pot fêlé, souffle amphorique, gargouillement à timbre métallique.

On note également des signes de perforation du voile du palais : la voix est nasonée, la prononciation est défectueuse ; il y a du reflux des liquides par le nez.

A l'examen, on constate que tout le voile est converti en une très vaste ulcération déchiquetée qui empiète sur la partie postérieure de la voûte. Il existe une large perforation : sur la ligne médiane, partant à un centimètre environ de la soudure de la voûte et du voile, on voit une large fente se dirigeant en arrière, à bords déchiquetés de 2 centimètres de long environ sur 3 centimètres de large. Un stylet introduit pénètre dans les fosses nasales.

Sur la partie gauche de cette fente, se greffe une autre fente oblique se dirigeant vers les arcades dentaires, mais un peu moins large que la précédente. Les ganglions cervicaux sont engorgés.

Le malade mourut une quinzaine de jours après, le 5 juin 1916, dans un état de profonde cachexie.

ETUDE CLINIQUE

Nous avons vu dans le cours de nos observations que la tuberculose palatine accompagnée de perforation, peut être primitive et exister à titre de lésion purement locale ; néanmoins, le plus souvent, elle n'est qu'un épisode au cours d'une tuberculose pulmonaire ou laryngée. Quoi qu'il en soit, la lésion palatine évolue d'une façon chronique et met un temps assez considérable avant d'arriver à la perforation.

I. *Période de début.* — Le malade, tuberculeux pulmonaire ou non, se plaint de symptômes vagues et indéterminés du côté de la bouche ; il ressent des démangeaisons, des douleurs d'oreille, des picotements, surtout au moment des repas et pendant le passage des aliments épicés et des boissons alcooliques.

Si l'on examine la bouche à cette période, on voit que la voûte palatine est envahie par un certain nombre de granulations jaunâtres de la grosseur d'un grain de millet, disséminées ou réunies par petits groupes.

Bientôt, les douleurs provoquées par le passage

des aliments augmentent de plus en plus ; la déglutition devient très pénible : le malade voit arriver avec terreur l'heure des repas. Il se plaint de douleurs derrière l'oreille, de salivation exagérée, et l'on constate souvent un engorgement des ganglions de l'angle de la mâchoire.

Dès cette période, on constate déjà, avant que toute perforation soit établie, le rejet des aliments et des liquides par les fosses nasales. Ce fait est attribué par les auteurs à une anesthésie du voile du palais qui supprime le réflexe normal de fermeture de l'orifice postérieur des fosses nasales par le soulèvement du palais, et permet ainsi le reflux des aliments et des liquides par le nez.

Tous ces troubles sont produits par l'ulcération des petits points jaunes dits de Trélat : ces ulcérations prennent l'aspect, ou bien de petites pertes de substance isolées, à contours nets et arrondis, ou bien, au contraire, par coalescence des éléments de la variété précédente, de vastes délabrements pouvant comprendre la presque totalité de la voûte palatine et présentant des contours polycycliques, des bords irréguliers, taillés à pic, décollés et une extrême sensibilité. Autour de l'ulcération, on note une auréole rougeâtre de tissus œdématiés qui contraste, par sa coloration, avec la pâleur générale de la muqueuse.

La surface de l'ulcère est recouverte d'un enduit sanieux, adhérent, grisâtre ; le fond présente des bourgeons charnus plus ou moins développés. Tout autour, on constate la présence des points jaunes qui

sont des amas de follicules tuberculeux dans lesquels l'examen bactériologique décèle la présence de bacilles de Koch.

II. *Période d'état.* — A ce moment, la perforation se constitue. Le siège en est fort variable, paraissant généralement, à la voûte osseuse, sur les parties latérales. La forme en est également fort variable ; les bords sont irréguliers, anfractueux ; la perte de substance peut être considérable comme dans les observations allemandes, soit se réduire à un petit pertuis, une simple fissure siégeant au fond d'une sorte d'entonnoir et contrastant par son étroitesse avec l'étendue des ulcérations de la muqueuse qui, ainsi que nous l'avons dit précédemment, est pâle, anémiée, recouverte d'un certain nombre d'ulcérations et de points jaunâtres. L'engorgement des ganglions cervicaux est commun.

Le processus ulcéreux débute dans la bouche et parcourt son évolution au milieu des symptômes fort douloureux signalés précédemment. Cette évolution se fait toute entière sur le palais et la perforation se produit de bas en haut. Elle peut rester à l'état de petits pertuis ou de fissure, ou bien le maxillaire est frappé de nécrose sur une vaste étendue et on assiste à l'élimination de séquestre. On peut constater en même temps la nécrose du rebord alvéolaire et la chute des dents.

Un caractère particulier à signaler est la disproportion entre le peu d'étendue de la surface de la lésion et la quantité considérable d'aliments refluant

par le nez ; ce phénomène est dû, ainsi que nous l'avons déjà dit, à l'anesthésie du voile du palais.

L'exploration permet l'introduction d'un stylet dans les fosses nasales.

Comme autres signes, il faut noter la difficulté de la déglution et de la phonation. La voix est nasonnée, la prononciation défectueuse, la parole quelquefois inintelligible. Certaines lettres ne peuvent pas être prononcées : le *b*, le *p*, par exemple.

Le malade ne peut ni souffler, ni cracher, ni siffler, ni fumer à moins d'obturer l'orifice par un procédé quelconque.

ÉVOLUTION

Il faut distinguer deux cas :

Ou bien la lésion est exclusivement locale, ou bien elle est en même temps viscérale.

Dans le premier cas, la guérison est possible au moyen d'un traitement approprié. Si la perforation est petite, elle peut même être obturée par du tissu cicatriciel.

Dans le second cas, lorsque la tuberculose palatine est accompagnée d'infection pulmonaire ou laryngée, tout est subordonné à l'évolution de la maladie générale. Suivant que l'état du malade est plus ou moins mauvais, on peut voir l'ulcération diminuer ou non et le malade se sentir amélioré. Mais cette amélioration n'est que passagère, et, bien souvent, au bout d'un temps plus ou moins variable, les ulcérations cicatrisées récidivent, s'étendent, et le malade est emporté par les progrès de la tuberculose pulmonaire. Quelquefois, une granulie aiguë vient activer le dénouement.

DIAGNOSTIC

La perforation tuberculeuse du palais n'est pas fréquente. Nous avons déjà énuméré dans l'étude clinique les signes qui permettent de faire aisément le diagnostic. La présence des points jaunes est un signe de certitude ; d'ailleurs l'examen bactériologique qui s'impose lèvera tous les doutes.

Parmi les diverses perforations du palais, il faut citer pour mémoire les divisions congénitales qui seront facilement reconnues grâce aux commémoratifs et à leurs bords lisses et épais.

De même, pour les perforations consécutives à un traumatisme, l'aspect de la blessure, le récit du malade ou de son entourage nous éclaireront suffisamment.

Certaines tumeurs de la voûte, le sarcome, le cancer, ont causé, dans certains cas, des perforations : les symptômes particuliers joints à l'extrême rareté des faits, permettent d'affirmer le diagnostic.

Deux sortes de perforations retiennent surtout l'attention : *le mal perforant buccal et la perforation syphilitique.*

Sous le nom de : *mal perforant buccal*, on a décrit

depuis Fournier une tropho-névrose ulcéreuse de la cavité buccale, absolument comparable au mal perforant plantaire. Comme lui, on la rencontre principalement chez les tabétiques et elle aboutit de même à de profondes ulcérations des tissus. Cette affection, qui débute le plus souvent sans être accompagnée d'aucuns prodromes, est caractérisée d'abord par l'ébranlement et la chute des dents ; bientôt l'on constate la résorption des alvéoles et des maxillaires supérieurs et inférieurs, puis apparait à la voûte palatine une ulcération profonde aboutissant presque toujours à la perforation. Il existe en même temps des troubles de la sensibilité sur la face, les joues, dans la zone de distribution du trijumeau et principalement dans le voisinage de l'ulcération. On ne rencontre cette affection que chez l'homme, surtout à l'âge moyen de la vie, et le malade présente souvent des signes avérés ou frustes de tabès.

Quant à la perforation, elle est uni ou bi-latérale, n'existe qu'au maxillaire supérieur et surtout à la périphérie de l'os dont le rebord alvéolaire a déjà disparu. La partie centrale de la voûte reste le plus souvent intacte. Ses dimensions sont variables, mais à l'état le plus avancé, on a noté qu'on pouvait introduire aisément le médius. La muqueuse à ce niveau est rouge et vascularisée, fortement irritée par les particules alimentaires si le malade a peu de soin de sa personne, ou bien blanche, lisse et comme fibreuse si le malade a soin de son mal. L'os qui borde la perforation n'est pas nécrosé. Le con-

tour est irrégulier, sinueux, allongé dans le sens antéro-postérieur, dans l'axe même du bord alvéolaire.

Quand les perforations sont doubles, elles ont un siège symétrique et sont d'inégale étendue.

Les signes fonctionnels sont les mêmes que dans les autres genres de perforation.

Les perforations syphilitiques sont de beaucoup les plus nombreuses. Sur 20 cas de perforation palatine, Fournier en donne 19 à la syphilis ; Dieulafoy lui attribue 39 sur 40. Elles sont l'apanage de la période tertiaire et se montrent aussi bien dans la syphilis acquise que dans l'hérédo-syphilis tardive.

Pour faciliter la comparaison des caractères propres des perforations syphilitique et tuberculeuse, nous les mettons sous forme de tableau :

Tuberculose	*Syphilis*
Siège. — Toute la surface de la voûte.	— voûte osseuse, de préférence sur la ligne médiane ou dans son voisinage.
Etendue. — Fort variable.	— moyenne : pièce de 0,50
Forme. — Irrégulière, contours sinueux, frangés.	— arrondie ou ovalaire, avec grand axe antéro-postérieur
Aspect. — Semble exister au fond d'un entonnoir.	— perforation à l'emporte-pièce
Bords. — Mous, déchiquetés, décollés, semés de granulations jaunâtres.	— taillés à pic, section nette
Muqueuse. — Ulcérée et pâle.	— rouge et non ulcérée
Début. — Très douloureux.	— insidieux
Évolution. — Entièrement par le palais, la perforation se produit de bas en haul.	— se fait d'abord dans les fosses nasales perforées de haut en bas

Rejet des aliments. — Produit à la fois par la perforation et l'anesthésie du voile du palais.	— proportionnel à l'étendue de la perforation
Marche. — Perforation curable tant qu'elle reste à l'état de tuberculose locale, unique, ne récidive pas.	— malgré le traitement, récidive et — évolution très longue, peut être multiple.

On aura soin aussi de tenir compte des antécédents du malade, d'examiner l'état général, les voies respiratoires, de rechercher les traces anciennes de syphilis (cicatrices, effondrement des os du nez), de rechercher le bacille de Koch, et surtout de faire la réaction de Wassermann.

Dans les cas douteux, le traitement spécifique servira de pierre de touche.

TRAITEMENT

La tuberculose palatine étant liée le plus souvent à une phtisie généralisée, il est indispensable de suivre les indications thérapeutiques de cette maladie. Il faut avant tout fortifier le malade par une alimentation substantielle et par un genre de vie approprié : séjour à la compagne où à la mer, aération, repos.

Lors même qu'aucune généralisation viscérale ne serait constatée, il conviendrait d'agir de même pour mettre l'organisme en meilleur état de défense pour résister à l'invasion bacillaire.

Comme traitement local, l'acide lactique en solution concentrée semble avoir donné les meilleurs résultats. On a aussi employé le nitrate d'argent, la teinture d'iode, la cautérisation ignée, l'acide chromique, le bleu de méthylène.

Pour diminuer les douleurs provoquées par les aliments, on pratiquera des attouchements de cocaïne en solution ou en collutoire.

Dernièrement on a signalé (in *Presse Médicale* du 21 janvier 1920) les améliorations constatées dans les ulcérations de la bouche par l'emploi de solutions

glycérinées d'arsénobenzol. Ces solutions calment les douleurs et détruisent la fétidité des ulcérations et des plaies de la cavité buccale, fétidité due à des infections secondaires provoquées par la présence des spirilles qui pullulent normalement dans la bouche. Après nettoyage de la plaie avec une solution de nitrate d'argent à 1 pour 10, on badigeonne la surface ulcérée avec une solution d'arsénobenzol : 90 centigrammes pour 30 grammes de glycérine. Le premier effet du traitement est la disparition de la douleur et de la gêne de la mastication et de la déglutition.

Quand la perforation atteint de fortes dimensions on ne peut plus espérer la réunion cicatricielle des bords de l'orifice. Pour remédier aux inconvénients qui résultent de la perforation au point de vue de la nutrition et de la phonation, on a le choix entre l'obturation plastique bien faite et l'intervention chirurgicale. Cette dernière ne doit être toutefois tentée que si l'ulcération palatine est complètement cicatrisée et le malade indemne de toute manifestation pulmonaire.

CONCLUSIONS

I. — La perforation est un accident rare dans le cours de la tuberculose palatine, mais n'en existe pas moins comme lésion nettement différenciée.

II. — Il existe une tuberculose pulmonaire concommitante dans plus des deux tiers des cas.

III. — La perforation est toujours accompagnée d'ulcérations tuberculeuses du palais, des lèvres, des gencives, de la langue, des amygdales ou du pharynx.

Les signes pathognomoniques de ces lésions sont la présence des points jaunes de Trelat et l'existence de bacilles de Koch.

IV. — Le diagnostic doit être fait surtout avec la syphilis et le mal perforant buccal.

V. — Le pronostic, quoique sombre, n'est pas fatal tant que la lésion reste localisée.

VI. — C'est surtout le traitement général qui importe, la lésion pouvant être traitée localement par différents topiques dont le plus efficace paraît être l'acide lactique en solution concentrée à 75 o/o.

Vu : le président de la thèse,
LETULLE

Vu : le doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris :
L. POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

Buzenet. — Du chancre de la bouche. Son diagnostic différentiel. Thèse de Paris, 1858.

Julliard. — Des ulcérations de la bouche chez les phtisiques. Thèse de Paris, 1865.

Trélat. — Archives générales de Médecine, t. I, p. 35, 1870.

Bouthier. — Des maladies du palais et de son voile et en particulier des perforations de la voûte palatine. Paris, 1876.

Gelade. — Tuberculose bucco-pharyngée. Thèse de Paris, 1878.

Bois. — Essai sur les déformations et les pertes de substance du palais dans la scrofule. Thèse de Paris, 1878.

Quénu. — Ulcération tuberculeuse de la muqueuse palatine. Perforation de la voûte palatine (France médicale. Paris, 23 octobre 1878, p. 675).

Spillmann. — Tuberculose de l'appareil digestif. Thèse d'agrégation de Paris, 1878.

Ducrot. — Tuberculose de la bouche. Sa forme curable. Thèse de Paris, 1879.

Peter. — Leçons sur la tuberculose buccale (Gazette médicale, 1880).

Nélaton. — La tuberculose dans les affections chirurgicales. Thèse d'agr., 1883.

Féréol. — Sur un cas de gomme scrofuleuse de la voûte palatine (Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1885).

Clutton. — Ulcération tuberculeuse du palais (The Lancet, 3 avril 1886).

Hermantier. — De la tuberculose de la voûte palatine. Thèse de Paris, 1886.

Reclus. — Tuberculose buccale (Gaz. hebd. de Méd. et Chir., 28 octobre 1887).

Obraszoff. — Deux cas de tuberculose de la peau et de la voûte palatine. Vratch, 22, 1895.

Baudet. — Du mal perforant buccal. Thèse de Paris, 1897-98.

Dieulafoy. — Cliniques de l'Hôtel-Dieu, 1898-1899.

Grocler. — De la perforation tuberculeuse du palais. Thèse de Paris, 1900.

Nicolas et Mouriquant. — Perforation de la voûte palatine chez une enfant à manifestations scrofuleuses multiples (Lyon méd., 1905, p. 475.

Gaucher. — Hérédo-syphilis simulant la scrofulo-tuberculose (Soc. de dermatologie et de syphiligraphie, 4 mai 1905).

Boulai. — Des ulcérations du palais. Syphilis ou tuberculose clinique. Paris, 1910, p. 835-837.

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris — 4511-20